

Potomanía de inicio tardío

A. Guerrero-Morcillo^d, L. Sánchez-Pastor^a, C. Feliz-Muñoz^e, M.A. Cascales-García^c, L.F. Agüera-Ortiz^b

Introducción. La potomanía es un síntoma del cual debe plantearse un diagnóstico diferencial psiquiátrico con trastornos del estado de ánimo, de ansiedad, psicóticos, de personalidad, de la conducta alimentaria y cuadros de etiología orgánica. **Caso clínico.** Mujer de 68 años, ingresada por un cuadro de hiponatremia secundaria a polidipsia psicógena. Tras varias entrevistas con la paciente y familiares se cataloga esta polidipsia como potomanía, el síntoma de inicio de un cuadro multisintomático que se prolonga aproximadamente unos tres años hasta nuestra intervención, y que consiste en un descuido de las tareas del hogar y de la higiene personal, desestructuración de horarios, desorientación temporal esporádica, distracción fácil, aplanamiento y distanciamiento afectivos, apatía, abulia, impulsividad, desinhibición, hiperoralidad para alimentos y líquidos, y déficit de introspección. Ante la sospecha de un cuadro de etiología demencial y de características frontales, se solicita una SPECT cerebral que resulta compatible con deterioro cognitivo de rasgos frontales, lo cual, junto a la evolución clínica y a las pruebas de función frontal alteradas, concluye en el diagnóstico de demencia frontotemporal. **Conclusiones.** La potomanía como forma de presentación de demencia frontotemporal no es habitual. Se ha considerado como un síntoma de refuerzo dentro del diagnóstico, junto con la hiperfagia y el consumo excesivo de tabaco. Nos encontramos ante una enfermedad de difícil diagnóstico en muchas ocasiones y con una prevalencia nada desdeñable, lo cual, unido al amplio abanico de edades en que puede presentarse y a la gravedad sintomática y evolutiva, debe concienciar al clínico sobre su importancia en las consultas de Psiquiatría, Geriátrica y Neurología, donde probablemente se está infradiagnosticando.

Palabras clave. Apatía. Demencia frontotemporal. Interconsulta. Potomanía. Psiquiatría geriátrica. SPECT.

Late-onset potomania

Introduction. Potomania is a symptom for which it is necessary to put forward a psychiatric differential diagnosis with mood, anxiety, psychotic, personality and eating disorders, and clinical pictures with an organic causation. **Case report.** A 68-year-old female who was admitted to hospital because of clinical signs and symptoms of hyponatremia secondary to psychogenic polydipsia. After several interviews with the patient and relatives, this polydipsia was catalogued as potomania, which was the presenting symptom of a multi-symptom picture that lasted about three years until we began treating the patient. This picture consisted in neglecting household chores and personal hygiene, disorderly hours, sporadic temporary disorientation, easy distraction, emotional discouragement and distancing, apathy, aboulia, impulsiveness, disinhibition, hyperorality for foods and liquids, and insight deficit. Because of the suspicion of a clinical picture caused by dementia with frontal characteristics, a brain SPECT was requested and results were compatible with cognitive deterioration with frontal traits. This fact, together with the clinical course and abnormal frontal functioning tests, led us to a diagnosis of frontotemporal dementia. **Conclusions.** Potomania is infrequent as the presenting symptom of frontotemporal dementia. It has been considered as a reinforcing symptom within the diagnosis, together with hyperphagia and excessive smoking. This is a disease that is very often difficult to diagnose and with a prevalence that should be taken into account. These facts, together with the wide range of ages at which it can present and the severity of its symptoms and progression, mean that the physician should be aware of its importance in visits to Psychiatry, Geriatrics and Neurology departments, where it is probably being underdiagnosed.

Key words. Apathy. Consultation. Frontotemporal dementia. Geriatric psychiatry. Potomania. SPECT.

- ^a Servicio de Psiquiatría.
- ^b Servicio de Psiquiatría. Unidad de Psicogeriatría.
- ^c Servicio de Radioterapia Oncológica. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.
- ^d Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario Universitario. Albacete.
- ^e Servicio de Geriátrica. Hospital de Getafe. Getafe, Madrid, España.

Correspondencia

Dr. Alfredo Guerrero Morcillo.
Rosario, 52, 1.º dcha.
E-02003 Albacete.

E-mail

alfredoverong@hotmail.com

Introducción

Entendemos por polidipsia cualquier manifestación clínica donde existe una ingesta excesiva y desproporcionada de líquido. Ante la ausencia de un trastorno orgánico, farmacológico o tóxico primario, recibe el nombre de polidipsia psicógena, que puede presentarse en dos modalidades diferenciadas:

- *Potomanía*: deseo frecuente y sostenido de beber grandes cantidades de líquidos, asociado a una actitud lúdica y placentera.
- *Dipsomanía*: tendencia irresistible al abuso de bebidas, alcohólicas o no, que sin carácter de hábito se produce en forma de accesos transitorios. Se refiere a una forma impulsiva de ingesta, en relación con factores externos de tipo estresante, y que provoca conductas claramente desadaptativas.

Son causas de potomanía [1,2] los trastornos psicóticos, los trastornos de la personalidad con predominio de rasgos de corte neurótico e hipocondríaco, los trastornos de la conducta alimentaria, las disfunciones en el control de los mecanismos de la sed y de la regulación del equilibrio hidroelectrolítico, y las lesiones orgánicas cerebrales (principalmente, alteraciones del hipotálamo).

Caso clínico

Mujer de 68 años de edad que ingresa en el Servicio de Medicina Interna por disnea e hiponatremia. Como antecedentes personales somáticos de interés, citar que es fumadora de cantidad indeterminada de tabaco, que oscila, según informadores, entre uno y tres paquetes de tabaco al día, haciéndolo de forma compulsiva. También presenta hipertensión arterial, obesidad mórbida, miocardiopatía dilatada con disfunción sistólica, insuficiencia aórtica moderada, insuficiencia mitral moderada, insuficiencia tricuspídea grave, síndrome de apnea obstructiva del sueño que no recibe ventilación asistida (CPAP) por negativa de la paciente, e hipoacusia bilateral. Desde hace dos años ha ingresado en seis ocasiones por reagudizaciones de su insuficiencia cardíaca. Como antecedentes psiquiátricos, en uno de los ingresos, un año antes de nuestra

intervención, se le diagnostica síndrome confusional agudo, y en otro, hace dos meses, se le diagnostican alteraciones conductuales con conductas compulsivas, por lo que inicia tratamiento con 20 mg de fluoxetina que parece no seguir ambulatoriamente.

Respecto a sus antecedentes biográficos, la paciente se separó de su pareja hace tres años y vive con su hijo, que es su principal cuidador. Se había separado de su marido hace más de 10 años. En cuanto a las actividades básicas de la vida diaria, camina con andador, no sale habitualmente a la calle y padece incontinencia urinaria. No presenta antecedentes familiares a destacar.

Al ingreso, padece un aumento de su disnea de moderados esfuerzos de 3-4 días de evolución, edemas en miembros inferiores, insuficiencia cardíaca reagudizada e hiponatremia de 103 mEq/L. Respecto a la etiología del cuadro, se orienta hacia una sobreingesta hídrica que la paciente justifica como una gran apetencia por el agua, llegando a tomar unos 8-10 L de agua al día, al menos durante los últimos cuatro años. En varios de los ingresos previos llama la atención la posibilidad de una polidipsia psicógena.

En la exploración física al ingreso en el Servicio de Medicina Interna, destacar una tensión arterial de 105/70 mmHg, una frecuencia cardíaca de 71 latidos/min, presión venosa yugular ligeramente elevada con reflujo hepatoyugular positivo, soplo sistólico y edemas bimaleolares. No se observa focalidad neurológica. En cuanto a los datos analíticos alterados más destacables, destacan: sodio, 103 mM/L; potasio, 3,3 mM/L, y cloro, 66 mM/L, sin alteraciones hormonales, leucocitosis de 20.000 U/M, con 85,7% de neutrófilos y 9,3% de linfocitos. Parámetros clínicos y analíticos sugieren una infección del tracto urinario, ya que en un urocultivo se aíslan más de 100 000 UFC/mL de *Escherichia coli*.

Se realiza una tomografía axial computarizada craneal para control de higroma previo, donde se describe higroma bihemisférico, más acusado en el área frontal, ya descrito en estudios previos, sin signos de hidrocefalia ni lesiones parenquimatosas ocupantes de espacio con efecto masa.

A los 15 días del ingreso se cursa parte de interconsulta al Servicio de Psiquiatría. En la valoración de la enfermedad actual, la paciente reconoce el consumo constante de grandes cantidades de agua porque disfruta con ello. Relata haber abandonado las tareas del hogar hace tres

años, justificándolo por sus limitaciones físicas y porque fue entonces cuando su hijo fue a vivir con ella, encargándose él mismo de estas labores, circunstancia que la paciente encuentra normal. Los familiares comentan que desde hace unos años comienza a ingerir mayor cantidad de líquidos y, seguidamente, a comer 'como con ansiedad', aumenta el consumo de tabaco –llegando incluso a temporadas de cuatro paquetes diarios–, mantiene horarios desestructurados tanto de comidas como de sueño, abandona las labores del hogar y las delega en su hijo, descuida la higiene personal y, por último, los familiares también advierten de la indiferencia afectiva que observan en los últimos años, ya que deja de emocionarse por situaciones que antes sí la conmovían.

En la exploración psicopatológica destaca que la paciente se encuentra consciente, orientada en persona y espacio pero desorientada en el tiempo; alerta, aunque con distracción fácil; colaboradora, abordable y con cierta dificultad por su hipoacusia bilateral. Aplanamiento y distanciamiento afectivos, apatía, abulia. Desestructuración de horarios con cierta inversión del ciclo sueño-vigilia. Impulsividad, desinhibición. Hiperoralidad para alimentos y líquidos, alcanzando el grado de potomanía para estos últimos. Déficit de introspección. No se observan alteraciones de ansiedad basal, alteraciones sensorio-perceptivas, delirios estructurados actuales, pensamientos en torno a la muerte o ideas autoheteroagresivas elaboradas.

Durante la intervención psiquiátrica posterior a la primera entrevista, se procede a la realización de los siguientes procedimientos:

- *Reevaluación psiquiátrica.* Se comprueba que los primeros síntomas que presenta la paciente, además de la potomanía, se relacionan con el abandono de las tareas del hogar, la apatía y la pasividad. Se corrobora la respuesta emocional disminuida, el déficit de introspección, la disminución del aseo personal, los problemas a la hora de completar tareas, la hiperfagia con ganancia de peso, la potomanía, el aumento del consumo de tabaco, la pobreza del lenguaje y la incontinencia urinaria.
- *Electroencefalograma.* Enlentecimiento difuso de la actividad de fondo que fluctúa a lo largo del registro, disminuyendo cuando se alerta a la paciente; no se han observado asimetrías, actividad epiléptica ni otro tipo de anormalidades.
- *Evaluación neuropsicológica.* El test minimal (MMSE) no es valorable debido al analfabetismo de la paciente y a su escasa colaboración. Se consigue realizar algunas de las pruebas de la *Frontal Assessment Battery*, que resultan patológicas, principalmente incapacidad para realizar actividades secuenciales e inversiones de ritmos.
- *Tomografía computarizada por emisión de fotón único (SPECT).* Deterioro heterogéneo de la perfusión frontal bilateral, aparentemente de mayor afectación del lóbulo frontal derecho. Resto del área cortical, sin hallazgos patológicos. Es compatible con deterioro cognitivo de rasgos frontales (Figura).

El diagnóstico diferencial del cuadro debe establecerse con:

- *Causas de hiponatremia* [3] más frecuentes y descartadas:
 - a) Por déficit de agua y sodio: diuréticos, nefropatías, trastornos gastrointestinales (vómitos, diarrea), insuficiencia cardíaca.
 - b) Por exceso de agua: insuficiencia suprarrenal, hipotiroidismo, polidipsia psicógena (el caso que presentamos), síndrome de secreción inadecuada de la hormona antidiurética (SIADH), enfermedades pulmonares y carcinomas varios.
 - c) Por exceso de agua y sodio: insuficiencia cardíaca, cirrosis e insuficiencia renal.
- *Causas de potomanía:* ya citadas previamente.
- *Demencia frontotemporal, variante frontal* [4,5]: cumple criterios clínicos y neurorradiológicos, tanto del subtipo desinhibido (falta de atención, hiperoralidad con hiperfagia para sólidos y líquidos, consumo compulsivo de tabaco e impulsividad) como del subtipo apático (disminución de la iniciativa y la motivación, embotamiento afectivo, disminución de las relaciones interpersonales y de las actividades cotidianas, descuido de la higiene, pobreza del lenguaje).
- *Trastornos psiquiátricos:* el cuadro global no sugiere una etiología afectiva en la paciente. Presenta sintomatología típica del trastorno de control de impulsos, aunque ésta estaría en el contexto del cuadro demencial. Respecto a la posibilidad de una esquizofrenia, no se observa sintomatología positiva durante la evolución de la paciente.

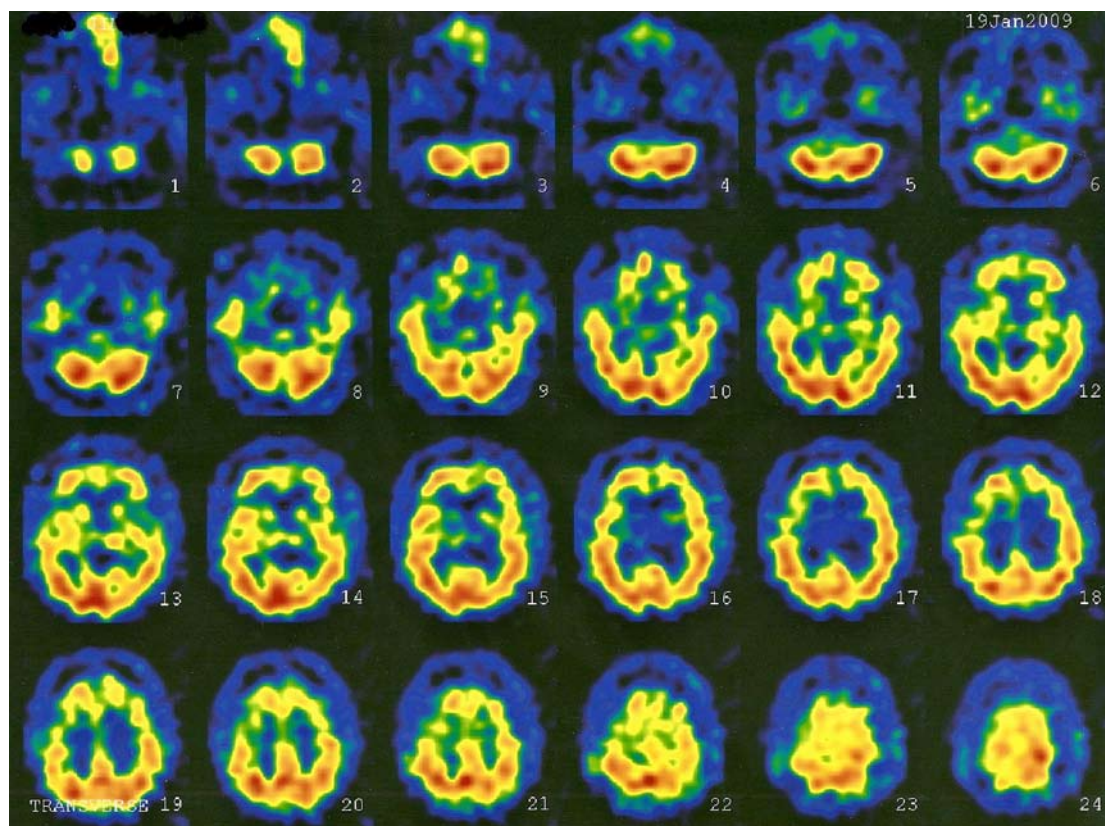


Figura. SPECT que muestra deterioro heterogéneo de la perfusión frontal bilateral, aparentemente de mayor afectación del lóbulo frontal derecho.

- *Demencias sintomáticas frontales:* se descartan las principales tras anamnesis y batería analítica para demencias, como son la demencia alcohólica, por déficit de vitamina B₁₂, por virus de inmunodeficiencia humana y por neoplasias frontales.
- *Otro tipo de demencias:* enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington, parálisis supranuclear progresiva y enfermedad de Creutzfeldt-Jakob.

Dada la clínica presentada por la paciente en los últimos tres años y al descartarse otras causas que la justifiquen, en base a las pruebas de neuroimagen (en este caso la SPECT) se establece el diagnóstico de demencia frontotemporal. Una vez resuelta la alteración metabólica y clínica que justifica el ingreso, se acuerda el alta domiciliaria y el seguimiento ambulatorio, donde se valorará la introducción de tratamiento psicofarmacológico.

Discusión

Por la forma de presentación y el curso clínico que sigue, la demencia frontotemporal es de gran interés para la psiquiatría geriátrica. El grupo de demencias por degeneración frontotemporal suponen el 9-12% [6] de todas las demencias, y es la demencia frontotemporal la más frecuente.

Respecto a la edad de presentación existe cierta discordancia al respecto, si bien se produce característicamente entre los 45-65 años, aunque según los estudios se va ampliando la horquilla de presentación hasta unos límites que deberían hacernos plantear la demencia frontotemporal como diagnóstico diferencial en un gran número de pacientes psiquiátricos. Se sugiere, como edad de inicio común, a partir de los 35 años, e incluso podría producirse antes [7]. Entre las demencias precoces, la demencia frontotemporal es la responsable de aproximadamente un 20% de los

casos. Respecto a los casos de aparición más tardía, en diversos estudios se refleja su importancia, ya que suponen el 3% de todas las demencias en ancianos de edad avanzada [8].

El comienzo de la clínica normalmente es insidioso: aparecen síntomas psiquiátricos muchos años antes de que el paciente cumpla criterios diagnósticos de demencia frontotemporal, razón de más para recordar esta enfermedad en la práctica habitual psiquiátrica.

Sobre el modo de presentación, resultan típicas las alteraciones conductuales en forma de abandono de las pautas de conducta social, la apatía y la pasividad generalizadas [9]. Se ha comunicado que en el 70% de las demencias frontotemporales los síntomas iniciales fueron la disminución de la iniciativa y el abandono precoz de las actividades [10]. Además de los síntomas referidos, hay que considerar muchos otros a la hora de plantear una posible demencia frontotemporal, síntomas que sobre todo son de carácter psiquiátrico, ya que habitualmente el examen neurológico suele ser normal en las fases iniciales. En el caso presentado, es la potomanía la primera queja reseñada en la historia de la paciente, síntoma que podría incluirse dentro de la hiperoralidad, subgrupo de características diagnósticas secundarias de demencia frontotemporal según el último consenso.

Esta forma de presentación de demencia frontotemporal no resulta habitual, no existen antecedentes bibliográficos en nuestro conocimiento, de ahí la importancia del caso presentado. Sí que se incluye como un síntoma de refuerzo dentro del diagnóstico, junto con la hiperfagia y el consumo excesivo de tabaco, como ha presentado esta paciente en su evolución.

La dificultad de diagnóstico en muchas ocasiones, una prevalencia nada desdeñable, el amplio abanico de edades en que puede presentarse y la gravedad sintomatológica y evolutiva deben

concienciar de su importancia en las consultas de Psiquiatría, Geriatria y Neurología, donde a buen seguro está siendo infradiagnosticada.

Bibliografía

1. López JM, Higuera A. Psicopatología de las tendencias instintivas y de las necesidades vitales. In López JM, Higuera A, eds. Compendio de psicopatología. 4 ed. Granada: Círculo de Estudios Psicopatológicos; 1996.
2. Eguíluz I, Segarra R. Introducción a la psicopatología. Barcelona: Ars XXI; 2005. p. 309-51.
3. Rose BD, Post TW. Electrolitos y equilibrio ácido base. Madrid: Marban; 2007. p. 696-716.
4. Agüera L, Cervilla J, Martín C. Psiquiatría geriátrica. 2 ed. Barcelona: Masson; 2006.
5. Sociedad Española de Psicogeriatría, Sociedad Española de Psiquiatría. Consenso español sobre demencias. 2 ed. Madrid: Novartis; 2005.
6. Carlavilla-Martínez AB, Castelbón-Fernández FJ, García-Sánchez JI. Manual de diagnóstico y terapéutica médica. 6 ed. Madrid: Hospital Universitario 12 de Octubre; 2007.
7. Willert C, Spitzer C, Herzer R, Kirsch G. Frühmanifestation einer frontotemporalen demenz. *Nervenarzt* 2000; 71: 44-9.
8. Gislason TB, Sjögren M, Larsson L, Skkoog I. The prevalence of frontal variant frontotemporal dementia and the frontal lobe syndrome in a population based sample of 85 years-old. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2003; 74: 867-71.
9. Méndez MF, Perryman KM. Neuropsychiatric features of frontotemporal dementia: evaluation of consensus criteria and review. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2002; 14: 424-30.
10. Gustafson L, Passant U. Demencia frontotemporal, diagnóstico y tratamiento. *Revista de Psicogeriatría* 2002; 2: 22-9.